

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE MEDICINA HUMANA

**Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en
adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de
secundaria de instituciones educativas en Lima
Metropolitana 2010**

TESIS

para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Paul Aquiles Cachay Lopez

ASESOR

Martin Nizama Valladolid

Lima – Perú

2011

*A mi madre y a mis dos padres,
.....a quienes les debo todo*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi madre por el empuje y el apoyo dado, sin el cual no habría concluido esta investigación. A mi padre por la confianza depositada en mí, cuando otras personas no la tenían. A Lucho por indicarme y guiarme por el camino a seguir. Gracias a Eddy por prestarme un poco de su valioso tiempo para la recolección de los datos. También extendiendo mis más sinceros agradecimientos al Dr. Nizama Valladolid, maestro, mentor, ídolo y amigo, quien me instruyo y guio durante toda la investigación. Agradezco también a la Dra. Ana María Llanos, por la paciencia y comprensión en mis errores como persona. Mi más cálida gratitud al Dr. José Valle, por el apoyo en el procesamiento de los datos recolectados. Y por último a mi hermana Jimena y mi tío Peter por el apoyo financiero y logisto, sin el cual no se hubiese podido realizar la investigación.

INDICE

I. INTRODUCCION	3
II. MARCO TEORICO	5
2.1 Antecedentes del Problema	5
2.2 Delimitación del Problema	8
III. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivos Generales	11
3.2 Objetivos Específicos	11
IV. HIPOTESIS	11
V. VARIABLES DEL ESTUDIO	12
5.1 Variable Dependiente	12
5.2 Variable Independiente	12
VI. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	13
VII. DISEÑO Y METODOLOGIA DE INVESTIGACION	15
7.1 Tipo y diseño de estudio	15
7.2 Población	15
7.3 Muestra	16
7.4 Recolección de datos	17
7.5 Plan de análisis e interpretación de los datos	19
VIII. ASPECTOS ETICOS	21
IX. RESULTADOS	22
X. DISCUSION	42
XI. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES	43
XII. BIBLIOGRAFIA	45
XIII. ANEXOS	48

I. INTRODUCCION

El suicidio como fenómeno individual es conocido en todas las sociedades, anualmente el suicidio es causa de más muertes que todos los conflictos mundiales combinados.

Durante los últimos años, en diversas regiones del mundo se ha observado un incremento paulatino y constante del fenómeno suicida, especialmente en adolescentes.

Según la Organización Mundial de la Salud en un 90 por ciento de los suicidios de niños y adolescentes, se ha detectado alguna forma de trastorno mental como causa fundamental, siendo los diagnósticos más comunes los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y el abuso de sustancias. Los suicidas tienen mayores cargas ambientales que sus iguales no suicidas, tales como historiales de abuso, problemas familiares, consideraciones culturales, dificultades con las relaciones interpersonales y exposición a tensión crónica o abrumadora, unidas a la depresión, estas cargas aumentan la probabilidad de suicidio; en realidad, el sentimiento adicional de desesperanza que surge de las cargas de la vida constituye un pronóstico de riesgo de suicidio incluso más fuerte que la depresión por sí sola.

La ideación suicida puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad a la conducta suicida, abarcando desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos autodestructivos más definidos.

Este grupo etario generalmente se encuentra en una etapa escolar, por lo cual para estudiar la conducta suicida, es necesario llevarlo a cabo en diferentes instituciones educativas de Lima Metropolitana, de esta forma conoceremos el impacto de este problema en nuestra realidad.

Dado que en nuestro medio existen escasos estudios acerca de la ideación suicida en adolescentes y sus factores de riesgo; y por la importancia que amerita, es que se plantea este trabajo para acercarnos a la realidad que viven los adolescentes de nuestro país, ya que su pronto reconocimiento nos permitirá adoptar medidas de prevención de probables futuros fenómenos suicidas.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del Problema

Desde hace unas décadas atrás existe una tendencia creciente en la mortalidad de los adolescentes y jóvenes por causas externas, lo cual ha comenzado a afectar significativamente la tasa de mortalidad general en América. Entre las causas externas de mortalidad se tiene al suicidio, en cuya tasa de mortalidad durante los últimos años, se ha observado una tendencia al aumento tanto en la población general como también en los adolescentes y jóvenes de ambos sexos. Por tal motivo, el incremento paulatino de la conducta suicida en los adolescentes amerita ser considerado ya que entre el 11 y 33 por ciento de jóvenes de la región refiere tener algún problema de salud mental (síntomas depresivos y conductas suicidas frecuentemente). Así, resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública.

Por otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. De acuerdo con Híjar et al., un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados. Así, en 2005 la Secretaría de Salud en México informó sobre 2022 suicidios consumados y sólo 93 intentos. Este informe resulta paradójico puesto que se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 8 veces más que los suicidios consumados, y que se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado. En lo que a ideación suicida se refiere, en múltiples estudios se ha destacado su asociación con la conducta suicida. Tal es la magnitud de la prevalencia de ideación suicida en niños y adolescentes, que en Estados Unidos ya empiezan a considerarla como algo normal. Según una revisión realizada por Diekstra et al. en 2005, entre el 15 y el 53 por ciento de sus adolescentes habrían deseado alguna vez morir.

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal. Algunos estudios parecen indicar una cierta estabilidad en un considerable porcentaje de casos, concretamente el 50 por ciento después de dos años de seguimiento. Asimismo, las personas involucradas en autoagresión son más probables de considerar o intentar suicidio. Sin embargo, en la amplia mayoría de casos la autoagresión es usada para aliviar temporalmente el estrés que para dar señales de intención de autoeliminarse. Es más, algunos escolares ven esto como una alternativa funcional al suicidio. En el Perú no abundan los estudios acerca de la conducta suicida en los adolescentes. La prevalencia e incidencia de la conducta suicida es complicado de estimar, dado que hay déficit de estudios de vigilancia epidemiológica y escasa información sistematizada. En la provincia de Lima existen 567,193 personas de 14 a 17 años, encontrándose entre ellos a estudiantes de secundaria con diferentes características culturales. Es un problema el creciente número de casos de suicidio y su relación directa a la ideación suicida. Son escasos y restringidos, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de ideación suicida en adolescentes pese a su gran importancia. En el 2006 se suicidaron 367 personas. A inicios de este año el MINSA reportó que el mes de enero fue el mes que registró mayor cantidad de muertes por suicidio de los últimos cinco años reportándose un total de 54 personas, siendo el 80 por ciento registrados en Lima y el porcentaje restante en las diferentes regiones del país; es preocupante que los suicidios correspondientes a niños y adolescentes representen el 15 por ciento.²⁸

El estudio realizado en el hospital “Víctor Larco Herrera”, señala una alta frecuencia de intento de suicidio de mujeres que llegaron a la sala de emergencia (62 por ciento) y de todos los casos apenas un 34 por ciento había recibido tratamiento psiquiátrico anterior. Se estimó que los motivos desencadenantes más frecuentes fueron los conflictos de pareja (29.8 por ciento) y conflictos familiares (36.1 por ciento) ²⁹. De igual manera un estudio realizado por el INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (1998) se mencionan a los conflictos conyugales (29,6 por ciento), conflictos familiares (27,6 por ciento), conflictos sentimentales (22,1 por ciento), el abuso de alcohol y otras sustancias, entre otros como los motivos asociados al suicidio, siendo trastorno el depresivo mayor (39,4 por ciento) y el trastorno reactivo con síntomas depresivos (35,5 por ciento) los diagnósticos clínicos más frecuentes asociados al suicidio.³⁰

El hospital “Hermilio Valdizán” reportó que el 16.1 por ciento de los adolescentes presentó ideación suicida, el 3 por ciento presentó un intento de suicidio y un 1,5 por ciento presentó ideación homicida.; señala así mismo que los intentos de suicidio en mujeres fue un 63 por ciento y en varones 37 por ciento. La ideación suicida, el intento suicido y el deseo de matar, fueron asociadas a conductas violentas de auto y heteroagresividad siendo más frecuentes en mujeres, teniendo en consideración que existe en el intento suicida, ansiedad y en el deseo de matar, conductas disociales.

Se observa una tendencia generacional a incrementarse la ideación e intento suicida y debe llamarnos la atención que siendo la prevalencia del adulto un 30,3 por ciento, el adolescente, ya esté alcanzando los niveles actuales del adulto. La población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, el 29,1 por ciento en Lima Metropolitana y 29,6 por ciento en la sierra. Los motivos del deseo y del intento suicida están muy vinculados; así mismo los indicadores suicidas son encontrados en el mismo hogar. Los principales motivos por los cuales los adolescentes presentan ideación suicida o se intentan suicidar fueron los problemas con los padres y parientes en un 55,9 y 59,1 por ciento respectivamente en Lima Metropolitana y 48,8 y 70,5 por ciento para pensamiento e intento suicida respectivamente en la sierra. Los problemas con los estudios se presentaron en el 16 y 12.3 por ciento para pensamiento e intento suicida respectivamente en Lima Metropolitana; de igual forma en la sierra se presentaron 16 y 6.8 por ciento para pensamiento e intento suicida respectivamente; los problemas económicos representaron 11.3 por ciento para pensamiento suicida en Lima metropolitana y 9.1 por ciento en la sierra. Siendo el grupo más elevado en adolescentes de 15 y 17 años.

Se reportó una prevalencia elevada de la ideación suicida entre estudiantes de edad 15-24 años, con una prevalencia de vida de ideación suicida del 30 por ciento y la prevalencia de ideación suicida del 15 por ciento en el año 2005 , se identificó como factores de riesgo de ideación suicida el nivel bajo de cohesión familiar en estos estudiantes. Es evidente entonces la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse. Por esa razón, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de ideación suicida en adolescentes son muy importantes.

2.2 Delimitación del Problema

El suicidio es un serio problema de salud mental y una problemática social que cada día va en aumento en Perú. Según Anticon - Uscala y Fuentes-Aguirre (1999) el suicidio representa actualmente una preocupación para nuestra sociedad debido a la mejora de estadísticas confiables y al afloramiento de la investigación sobre el tema, pero sobre todo a la mayor información disponible a la ciudadanía; cosas que no ocurrían en tiempos pasados.

La adolescencia es un período de muchos cambios, tanto físicos como emocionales, que presenta nuevos retos ante la sociedad. Muchas situaciones que ocurren durante la adolescencia pueden llevar al o la adolescente a tener algún pensamiento suicida; sin embargo muchos pensamientos acerca de la muerte pueden comenzar en la niñez. Muchos niños o niñas suicidas creen que la muerte es un estado temporal y agradable donde se alivian las tensiones. Así, a medida que el niño o niña crece y logra un nivel de funcionamiento cognoscitivo mayor, adquiere gradualmente la noción de que la muerte es un proceso irreversible. El comportamiento suicida incluye un espectro de conductas concatenadas que se manifiestan por la ideación, amenazas, intentos y suicidio consumado. Podemos definir la ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. La amenaza es una expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morirse que puede ir acompañada de una acción precursora de causarse daño o la muerte. El intento es todo acto realizado con el propósito de hacerse daño y ó quitarse la vida. Lo interesante es que ahora se considera que todo este proceso conductual podría truncarse, es decir si lo descubrimos desde su primera fase (ideación suicida). Al detectar a los jóvenes o adolescentes más vulnerables estamos en la posibilidad de ofrecerles terapia a la brevedad posible y de una manera sistemática.

Varias investigaciones han asociado la ideación suicida con depresión, las relaciones familiares y los rasgos de la personalidad disocial. La depresión es quizás el predictor más fuerte de la conducta suicida como lo mencionan Rosello & Berrios (2004). El DSM-IV clasifica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, la cual

esta subdividida como trastorno depresivo mayor y trastorno distímico. La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, marcada disminución del interés o del placer, disminución o aumento del apetito, fatiga o pérdida de energía, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotores, menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión; ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor según el DSM-IV considera que deben presentarse al menos cinco de los síntomas antes mencionados durante un mismo periodo no menor a dos semanas y representar un cambio respecto del desempeño previo. Aunque el suicidio es incluido en el DSM-IV como síntoma de depresión, éste no es un sinónimo de la misma (Cole, 1989; Reynolds, 1993). Un adolescente que exhibe o expresa conducta suicida no necesariamente está deprimido (Reynolds & Mazza, 1990). Sin embargo, volvemos a reiterar, algunos estudios han demostrado una relación fuerte entre la depresión e ideación suicida. La depresión menor o distimia está definida como el estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Siendo también ampliamente relacionado con las ideaciones o intentos suicidas.

Otro elemento importante que encontramos son las relaciones familiares y el funcionamiento familiar. Las personas que viven en una familia con buenos niveles de comunicación, con posibilidades de hablar y ser escuchados, no tienen tanta probabilidad de tener ideas suicidas o de cometer suicidio como los muchachos que viven en una familia desarticulada, autoritaria, donde no existe la comunicación. La familia es un factor importante para la mayoría de los jóvenes, el ajuste emocional es mejor cuando estas familias son cohesivas, expresivas, y fomentan la independencia de sus miembros. Las familias demasiado amalgamadas o excesivamente autoritarias, que no fomentan la independencia, en donde a los hijos les cuesta más trabajo desprenderse y se ven restringidos en su posibilidad de crecimiento, también pueden recurrir al suicidio como una forma de escape.

El trastorno disocial forma parte de lo que el DSM-IV especifica como uno de los trastorno de aparición en la infancia y la adolescencia, encontrándose en el subgrupo de los trastornos de la conducta perturbadora junto con el trastorno por déficit atencional con hiperactividad y el trastorno negativista desafiante. Su principal rasgo constituye el ser un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto (criterio A DSM-IV) se trata por supuesto de desviaciones cualitativa y cuantitativamente más pronunciadas que la simple "maldad infantil" o la "rebeldía adolescente". Por lo general implica la participación consciente por parte del niño o adolescente en actos que involucran un conflicto con la normativa social o con los códigos de convivencia implícita en las relaciones sociales. En muchos niños y adolescentes con trastorno disocial cobra relevancia la presencia de la ideación suicida que está muy relacionada con el malestar concreto y real que siente el adolescente al ver como el mundo de sus relaciones sociales se aleja y lo hacen sentir mal, el rechazo social, el aislamiento, la crisis familiar, el deterioro de la calidad de vida del niño, son motivos bastante fuertes como para querer o bien pensar en la idea de la autodestrucción. Ellos sienten que no hay lugar para ellos en el mundo y precisamente esa es la señal que constantemente nosotros les estamos enviando.

La adolescencia es el período dónde se establece el sentido de la vida y la identidad propia, a través de las cuales se superan la difusión de roles y la confusión de identidad. Este período requiere la búsqueda de identidad y establecer un auto-concepto en el cual el pasado, presente y futuro se unen para formar un todo. Si el adolescente fracasa en esta tarea, será susceptible a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio. Es importante evaluar la relación entre ideación suicida, la sintomatología depresiva, el funcionamiento familiar, los rasgos de la personalidad disocial. El propósito de esta investigación es la valoración de la interrelación de todas estas variables en una muestra de los adolescentes escolares de Lima Metropolitana.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de Ideación Suicida y su relación con la sintomatología depresiva, disfunción familiar y los rasgos de conducta disocial.

3.2 Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana, según edad y genero.
- Determinar los factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana.
- Comparar la prevalencia de ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana, tanto nacionales como particulares.
- Comparar los resultados del estudio con anteriores investigaciones realizadas en Lima Metropolitana sobre este fenómeno.

IV. HIPÓTESIS

La sintomatología depresiva, la disfunción familiar y la conducta disocial son factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana

V. VARIABLES DE ESTUDIO

5.1 Variable dependiente:

- Ideación suicida

5.2 Variable independiente:

- Sintomatología depresiva
- Rasgos de personalidad disocial
- Funcionamiento familiar

VI. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	VALORES FINALES	CRITERIOS	PROCEDIMIENTO
Ideación Suicida	Cualitativa	Conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.	Bajo Medio Alto	Bajo cuando la puntuación va de 18-23 Medio: cuando la puntuación va de 24-29 Alto: cuando la puntuación va de 30-36	ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK MODIFICADA
Depresión	Cualitativa	DSM IV	Si No	0-13 NO TIENE 14-20 SI TIENE: DISTIMIA 21-42 SI TIENE: DEPRESIÓN MAYOR	SE APLICARA LA ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA PARA PERÚ
Rasgos disociales	Cualitativa, nominal	Corresponde a personas que hacen caso omiso o violan los derechos ajenos	PRESENTE AUSENTE	1. INCAPACIDAD PARA AJUSTARSE A LAS NORMAS SOCIALES RELACIONADAS CON LA LEY, POR LO QUE HAY REPETICIÓN DE ACTOS QUE JUSTIFICAN RECLUSIONES. 2. ENGAÑO CONSTANTE, EXPRESADO EN MENTIRAS REPETIDAS, USO DE NOMBRES FALSOS O EXPLOTACIÓN DE OTROS POR PLACER O BENEFICIO PERSONAL. 3. IMPULSIVIDAD O INCAPACIDAD PARA REALIZAR PROYECTOS	ESCALA DE CONDUCTA DISOCIAL MATORREL Y SILVA MODIFICADA

				<p>FUTUROS.</p> <p>4. IRRITABILIDAD Y AGRESIVIDAD, COMO SE EVIDENCIA POR REPETIDAS REYERTAS Y ASALTOS; DESCONSIDERACIÓN TEMERARIA POR LA SEGURIDAD PROPIA Y AJENA.</p> <p>5. IRRESPONSABILIDAD CONSISTENTE, DEMOSTRADA POR REPETIDOS FRACASOS PARA MANTENER UN TRABAJO PERMANENTE Y HONRAR LAS OBLIGACIONES ECONÓMICAS.</p> <p>6. CARENIA DE REMORDIMIENTO, SEGÚN LO INDICA LA RACIONALIZACIÓN O INDIFERENCIA POR LOS ACTOS COMETIDOS DE ROBOS Y LESIONES.</p>	
Funcionamiento familiar	CUALITATIVO ORDINAL	Es la dinámica interna de las relaciones de los miembros. La cohesión , comunicación , adaptabilidad , afectividad , permeabilidad y claridad de roles son indicadores del funcionamiento familiar	Funcional	De 70 a 57 puntos	DE ACUERDO A PUNTUACIÓN DEL TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
			Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos	
			Disfuncional	De 42 a 28 puntos	
			Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos	

VII. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo y diseño de estudio: Analítico, observacional de corte transversal.

7.2 Población: Todos los adolescentes escolares de Lima Metropolitana.

7.2.1 Características generales de la población:

Criterio de inclusión:

- Adolescentes escolares que cursan el 3^{er}, 4^{to} y 5^{to} año de secundaria pertenecientes a una institución educativa con más de 100 alumnos y que cuenten de 1^{ro} a 5^{to} año de secundaria.
- Adolescentes escolares pertenecientes a una institución educativa de áreas urbanas, urbano-marginales, urbano-residenciales y asentamiento humano.
- Adolescentes escolares pertenecientes a una institución educativa cuya gestión y dependencia sea: pública-Ministerio de educación, públicas-nacional en convenio, privado-particular, privado-parroquial y pública-FFAA.
- Adolescentes escolares pertenecientes a una institución educativa que cuente con turnos mañana, tarde y ambos.
- Adolescentes escolares pertenecientes a una institución educativa de varones, mujeres y mixtos.
- Adolescentes escolares que cursan el 3er, 4to y 5º año de secundaria que hayan aceptado el asentimiento informado

Criterio de exclusión:

- Adolescentes escolares pertenecientes a una institución educativa no registrada en el Ministerio de Educación.

7.3 Muestra:

7.3.1 Métodos de muestreo:

Método probabilístico, tipo muestreo aleatorio de conglomerados bi-etápico:

Considerándolo las características generales de la población tenemos 1520 instituciones educativas en Lima Metropolitana, cada institución educativa fue considerado como un conglomerado, de los cuales en una primera etapa se procedió a elegir aleatoriamente un 1 por ciento, quedando 15 instituciones educativas, luego en una segunda etapa se elegirá aleatoriamente dentro de cada institución educativa una sección representativa de cada año.

7.3.2 Diseño de muestreo:

Unidad primaria de muestreo: Una institución educativa de Lima Metropolitana con más de 100 alumnos que cuente con 1ero a 5to de secundaria

Unidad secundaria de muestreo: Una sección de 3er, 4to o 5to de secundaria de una institución educativa de Lima Metropolitana con más de 100 alumnos que cuente con 1ero a 5to de secundaria

Marco muestral: Relación de instituciones educativas de Lima Metropolitana registrados por el Ministerio de Educación.

Unidad de análisis: Un adolescente escolar de 3^{er}, 4^{to} o 5^{to} año perteneciente a una institución educativa de Lima Metropolitana con más de 100 alumnos que cuente con 1ero a 5to de secundaria

7.3.3 Tamaño de muestra:

Para estimar la proporción de ideación suicida en la población de estudio se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = Muestra final= 937 adolescentes escolares.

N= población de estudio = 400 000 adolescentes escolares.

Z= Coeficiente de confiabilidad con un nivel de confianza de 95% que corresponde a 1.96.

p= Proporción estimada de ideación suicida según bibliografía * = 32.7%

q= 1 - p

d= Precisión o magnitud de error en este estudio se usa +/- 3% = 0.03

Además se debe agregar un 5 por ciento de la muestra final para hacer frente a imprevistos como son la ausencia de respuestas o errores de registro, ascendiendo el tamaño muestral a 984.

7.4 Recolección de datos:

7.4.1 Procedimiento de recolección

A través de una solicitud se gestionó los permisos para la aplicación de las encuestas en las instituciones educativas seleccionadas aleatoriamente, con una semana de anticipación.

Se contó con 1 bachiller en medicina humana y 3 asistentes más, debidamente capacitados para la aplicación de la encuesta, los cuales se distribuirá en 2 grupos de dos encuestadores cada uno, donde cada grupo se encargó de encuestar a 8 instituciones educativas. En cada grupo se designó un supervisor para asegurar el cumplimiento de la aplicación de la encuesta así como la realización de las coordinaciones con el director de la institución educativa y el profesor de sección. Se seleccionó aleatoriamente solo una sección por año, la encuesta duró aproximadamente 30 minutos.

7.4.2 Elaboración de la encuesta

Se elaboró un instrumento estructurado tipo cuestionario para ser autoadministrado, constituido por 65 preguntas cerradas, separadas en cinco secciones:

I.- Disfunción Familiar: Se aplicará el test de percepción disfunción familiar modificada para el Perú, que consta de 14 preguntas.

II.- Sintomatología Depresiva: Se aplicará la escala de Birlenson modificada para el Perú, que consta de 21 preguntas.

III.- Ideación Suicida: Se aplicará la escala modificada de Beck para el Perú, que consta de 18 preguntas.

IV.- Rasgos disociales: Se aplicará la escala de conducta disocial de Matorrel y Silva modificada para Latinoamérica, que consta de 12 preguntas.

Además de 3 preguntas sobre edad, sexo y colegio que pertenece.

7.5 Plan de análisis e interpretación de los datos:

Tipo de análisis estadístico	Tipo de variable dependiente	Tipo de variable independiente	Análisis descriptivo	Análisis inferencial
Univariado	Ideación suicida (Nominal)	Edad (Continua)	Media Moda Mediana Desviación estándar	
		Sexo (Nominal)	Frecuencia Proporción	
		Distrito (Nominal)	Frecuencia Proporción	
		Año de estudios (Nominal)	Frecuencia Proporción	
			Frecuencia Proporción	
		Depresión (Nominal)	Frecuencia Proporción	
		Disfunción familiar (Nominal)	Frecuencia Proporción	
		Conducta Disocial (Nominal)	Frecuencia Proporción	
Bivariado	Ideación suicida (Nominal)	Edad (Continua)	Pendiente y punto de intersección	X^2 de tendencias (NP)
		Sexo (Nominal)	Diferencia entre proporciones o razón	X^2 cuadrado O Prueba exacta de Fisher
			Razón de productos cruzados	
		Depresión (Nominal)	Diferencia entre proporciones o razón	X^2 cuadrado o Prueba exacta de Fisher
			Razón de productos cruzados	
		Disfunción familiar (Nominal)	Pendiente y punto de intersección	X^2 cuadrado o Prueba exacta de Fisher

			Razón de productos cruzados	
		Conducta Disocial (Nominal)	Diferencia entre proporciones o razón	X ² cuadrado o Prueba exacta de Fisher
			Razón de productos cruzados	
Multivariado	Ideación suicida	Todos los demás	Razón de productos cruzados	Regresión logística

IX. RESULTADOS

9.1 ANALISIS UNIVARIADO

9.1.1 EDAD

Tabla No 1

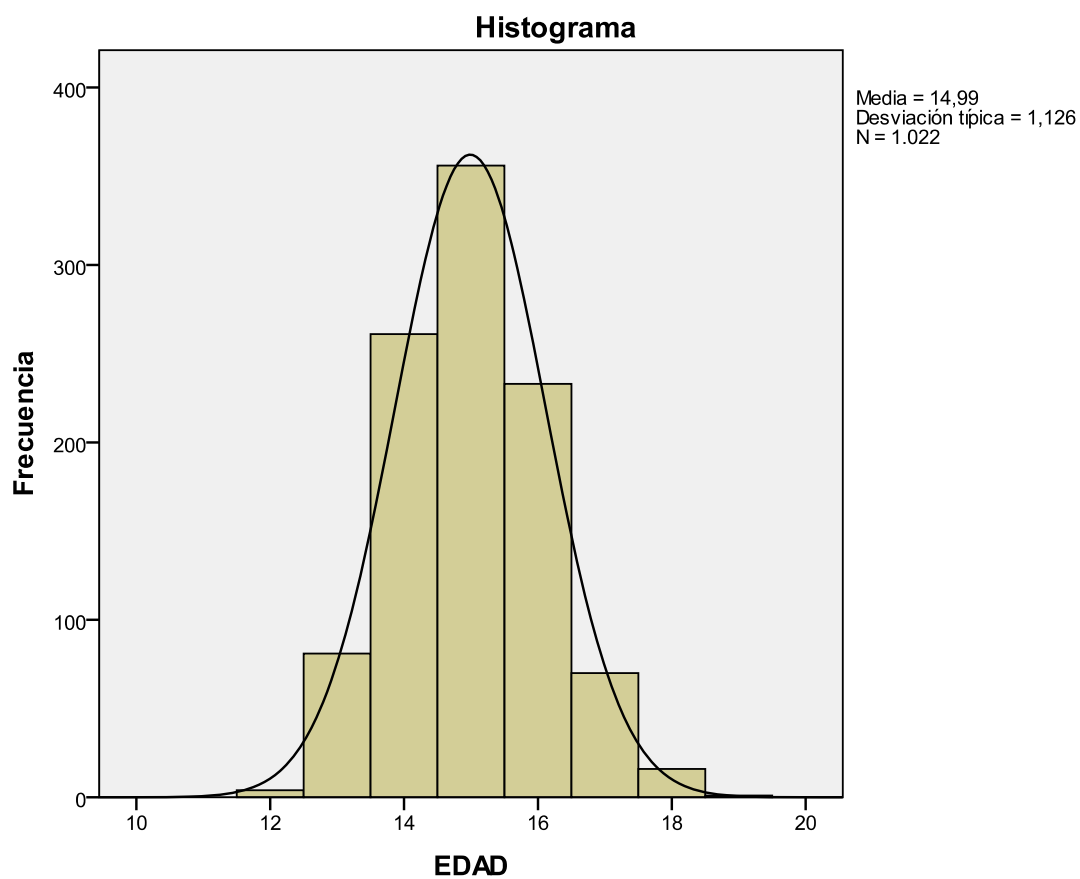
Número	Válidos	1022
	Perdidos	0
Media		14,99
Mediana		15,00
Moda		15
Desviación estándar		1,126
Mínimo		12
Máximo		19
Percentil	25	14,00
	50	15,00
	75	16,00

En la tabla No 1 tenemos que los valores mínimos y máximos de edad encontrados en la muestra de 1022 sujetos de estudio, son de 12 y 19 años respectivamente. En las medidas de tendencia central hallamos una media de 14.99, una mediana de 15 y una moda de 15 años, lo que nos indica que la distribución de la muestra se asemeja a la distribución de frecuencias de la campana de Gauss, puesto que las medidas antes mencionadas tienen el mismo valor aproximadamente.

Tabla No 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	12	4	0,4	0,4
	13	81	7,9	8,3
	14	261	25,5	33,9
	15	356	34,8	68,7
	16	233	22,8	91,5
	17	70	6,8	98,3
	18	16	1,6	99,9
	19	1	0,1	100,0
	Total	1022	100,0	

Gráfico No 1



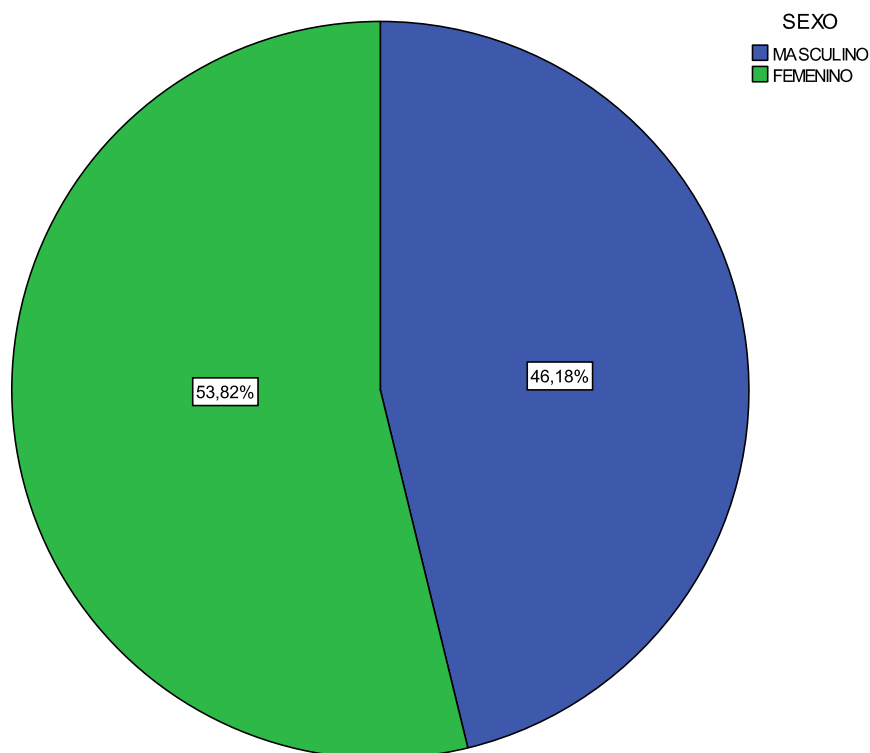
La tabla No 2 y la gráfica No 1 muestran con mayor claridad lo antes expresado. Además también se muestra una desviación estándar de 1.126

9.1.2 SEXO

Tabla No 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	472	46,2	46,2
	FEMENINO	550	53,8	100,0
	Total	1022	100,0	

Gráfico No 2

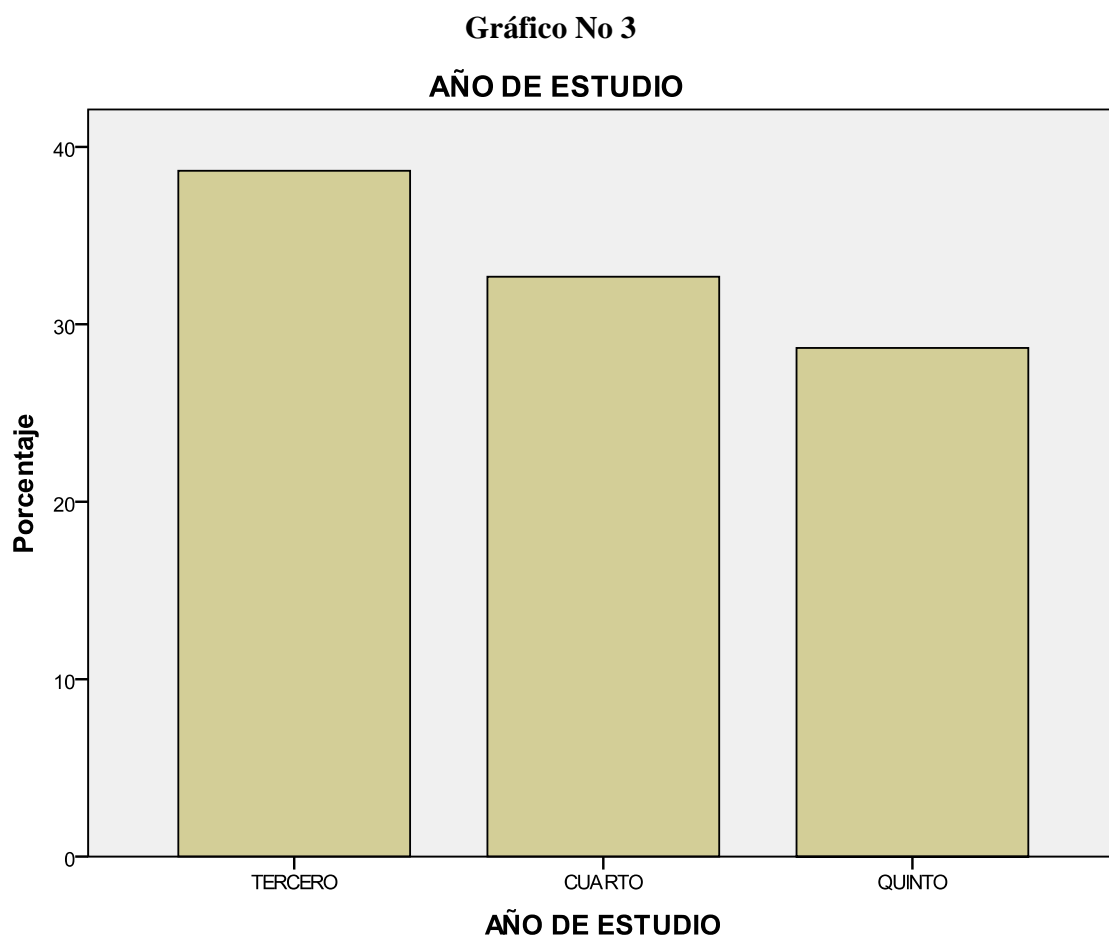


La tabla No 3 y el gráfico No 2 muestran la distribución de frecuencias y como el porcentaje de ambos sexos en la muestra respectivamente. Los sujetos de estudio de sexo masculino fueron en total 472, representado el 46.18 por ciento de toda la muestra, mientras que los de sexo femenino tuvieron una frecuencia de 550 y un porcentaje de 53.82 por ciento.

9.1.3 AÑO DE ESTUDIO

Tabla No 4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	TERCERO	395	38,6	38,6
	CUARTO	334	32,7	71,3
	QUINTO	293	28,7	100,0
	Total	1022	100,0	



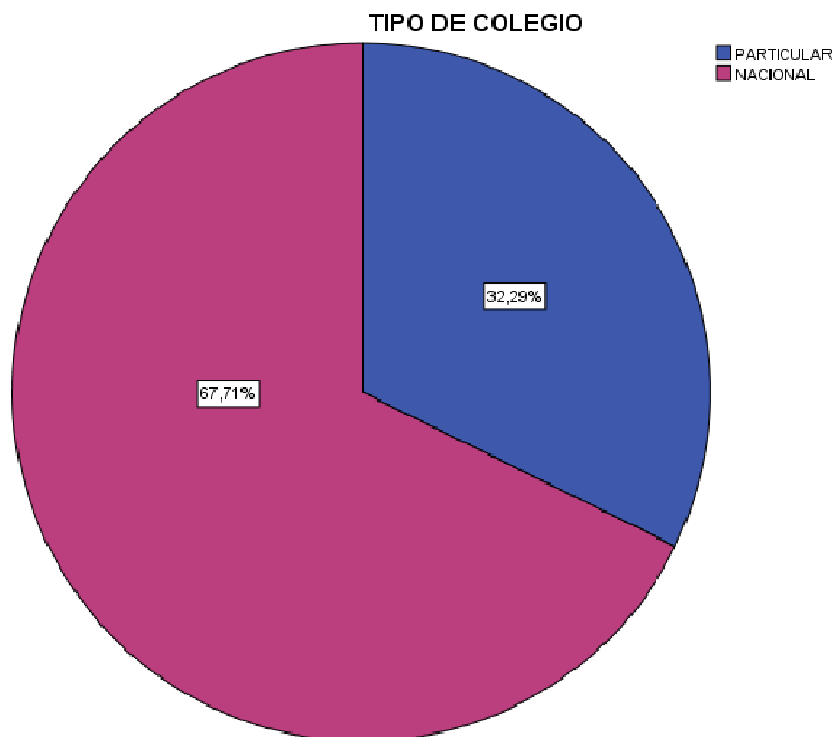
La tabla No 4 y el gráfico No3 describen los porcentajes y las frecuencias de los sujetos con respecto a los años de estudio, encontrándose que el tercero de secundaria representa el 38.6 por ciento, mientras que un 32.7 por ciento cursan el cuarto año de secundaria y un 28.7 por ciento cursan el quinto año de secundaria.

9.1.4 TIPO DE COLEGIO

Tabla No 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	PARTICULAR	330	32,3	32,3
	NACIONAL	692	67,7	100,0
	Total	1022	100,0	

Gráfico No 4



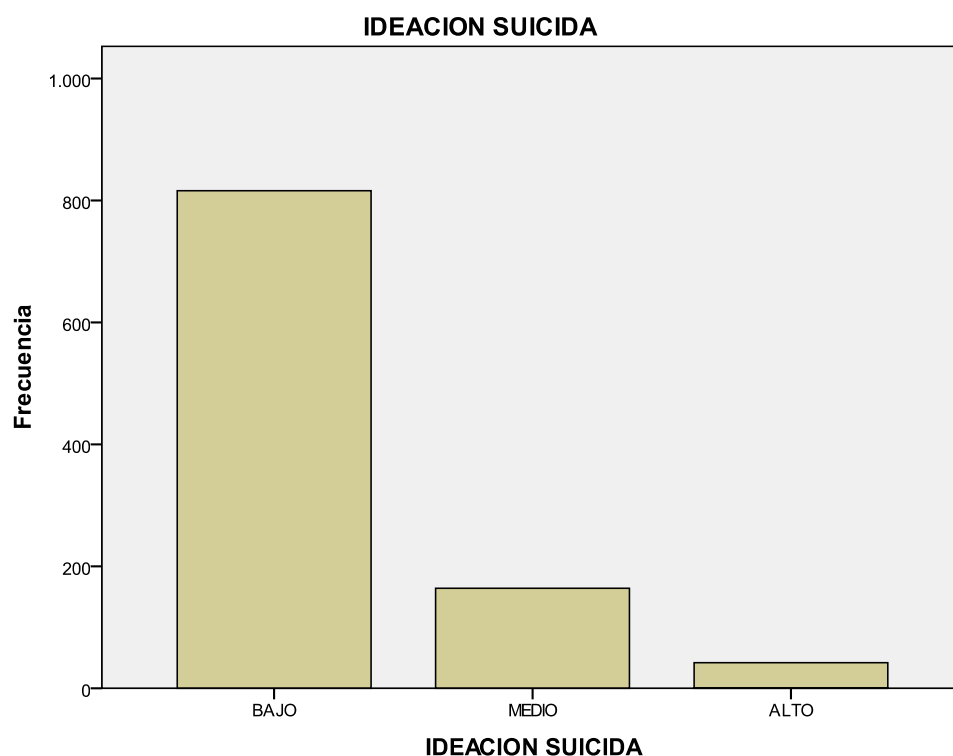
La tabla No 5 y el gráfico No 4 muestra que el 32.3 y 67.7 por ciento de los escolares adolescentes en estudio pertenecen a colegios particulares y estatales respectivamente.

9.1.5 IDEACION SUICIDA

Tabla No 6

IDEACION SUICIDA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	816	79,8	79,8
	MEDIO	164	16,0	95,9
	ALTO	42	4,1	100,0
	Total	1022	100,0	

Gráfica No4



La gráfica No 4 y la tabla No 6 nos muestran que un 79.8 por ciento de los adolescentes escolares encuestados tienen una ideación suicida baja, mientras que para la ideación suicida media y alta los porcentajes son de 16.0 y 4.0 respectivamente.

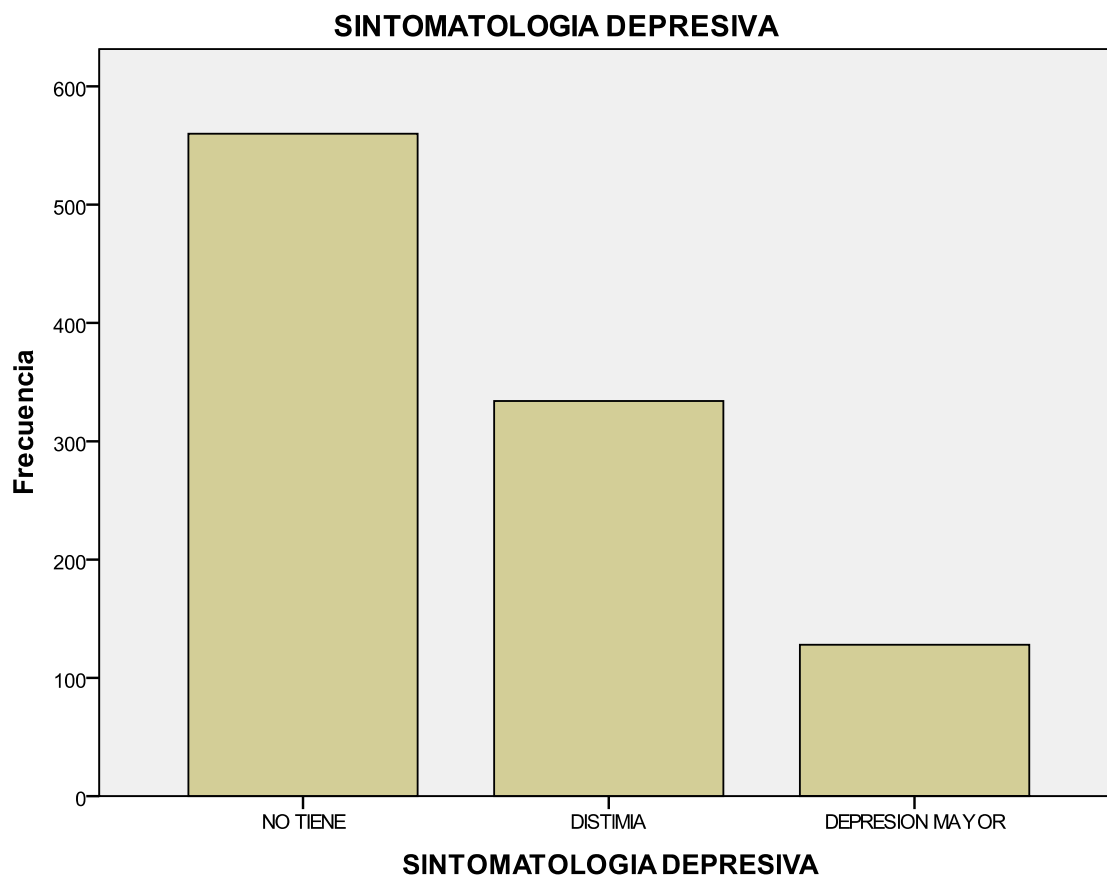
9.1.6 SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

Tabla No 7

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO TIENE	560	54,8	54,8
	DISTIMIA	334	32,7	87,5
	DEPRESION MAYOR	128	12,5	100,0
	Total	1022	100,0	

Gráfico No 5



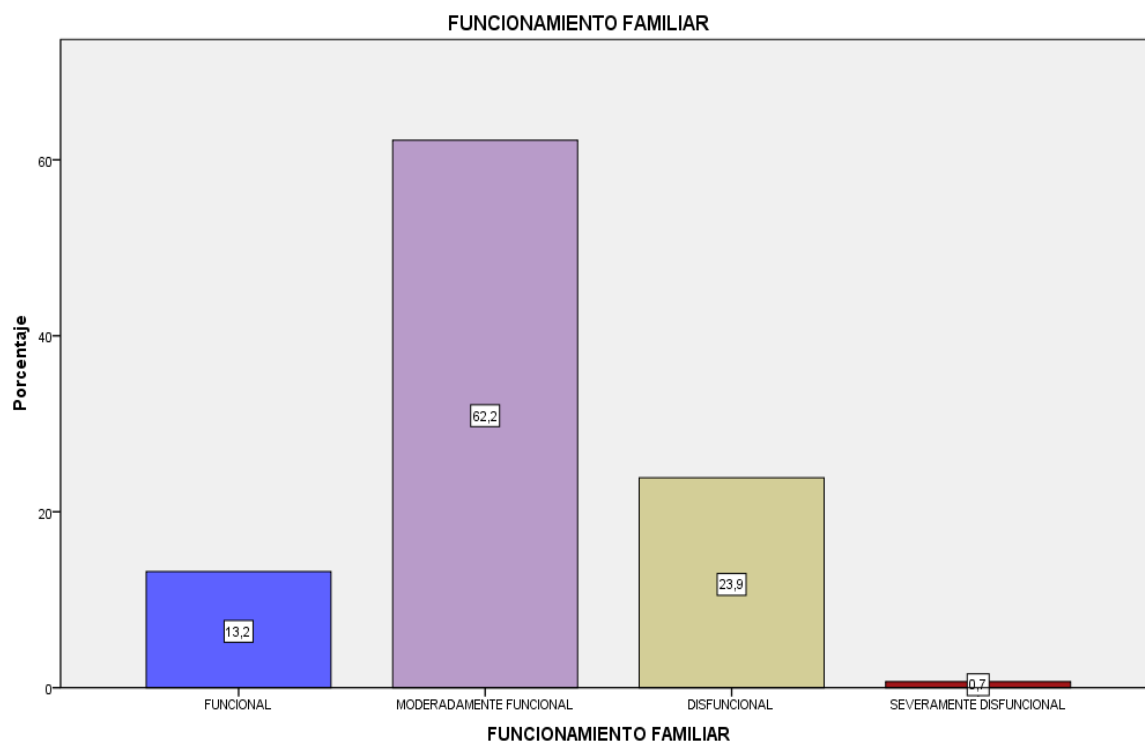
En el gráfico No 5 y la tabla No 7 se demuestra que 560 de los escolares incluidos en la muestra no tienen ningún tipo de sintomatología depresiva, lo cual representa el 54.8 por ciento del total, mientras que 32.7 y 12.5 por ciento son categorizados en distimia y depresión mayor respectivamente.

9.1.7 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Tabla No 8

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	FUNCIONAL	135	13,2	13,2
	MODERADAMENTE FUNCIONAL	636	62,2	75,4
	DISFUNCIONAL	244	23,9	99,3
	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	7	0,7	100,0
	Total	1022	100,0	

Gráfico No 6



La tabla No 8 y el gráfico No 6 muestra las frecuencias y los porcentajes del tipo de funcionamiento familiar de los adolescentes escolares incluidos en la muestra, encontrándose que 135 de ellos se pertenecen a la categoría Funcional (13.2 por ciento)

mientras que 636 pertenecen a familias Moderadamente Funcionales (62.2 por ciento). Además se muestra que 244 adolescentes escolares son parte de familias Disfuncionales (23.9 por ciento) y solo 7 de ellos pertenecen a familias Severamente Disfuncionales.

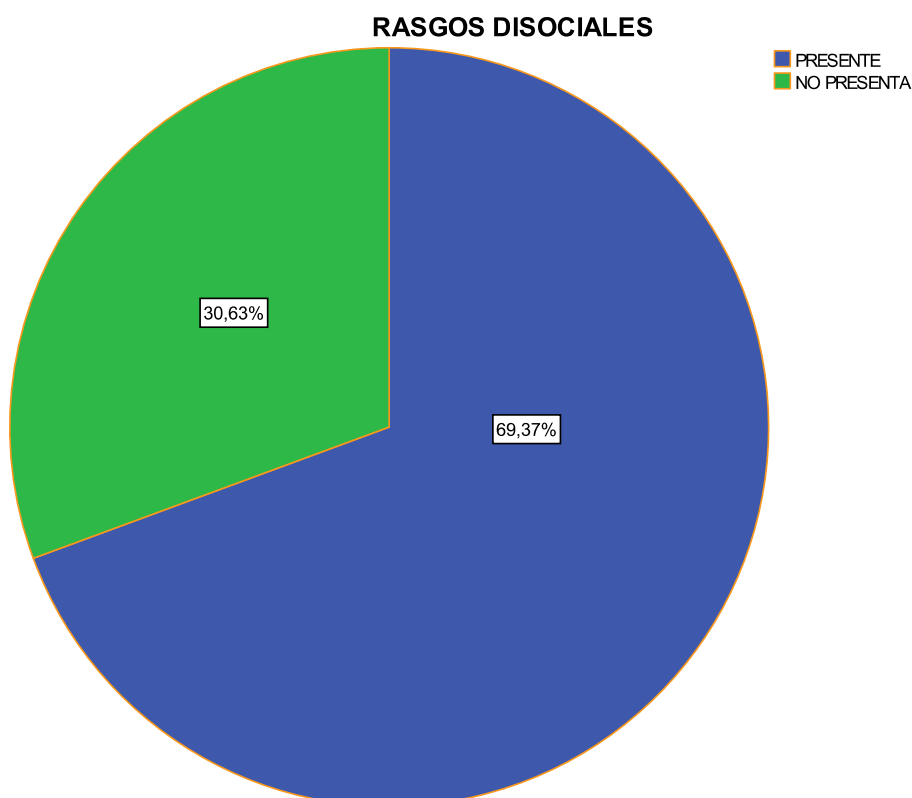
9.1.8 RASGOS DISOCIALES

Tabla No 9

RASGOS DISOCIALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	PRESENTE	709	69,4	69,4
	NO PRESENTA	313	30,6	100,0
	Total	1022	100,0	

Gráfico No 7



En relación a los rasgos disociales la tabla No 9 y el grafico No 7 nos muestran que 69.37 por ciento de los adolescentes escolares estudiados presentan algún tipo de rasgo disocial, mientras que el 30.63 por ciento no presentan ningún tipo de rasgos disociales.

9.2 ANALISIS BIVARIADO

9.2.1 IDEACION SUICIDA-AÑO DE ESTUDIO

Tabla No 10

IDEACION SUICIDA POR AÑO DE ESTUDIO						
			AÑO DE ESTUDIO			Total
			TERCERO	CUARTO	QUINTO	
Ideación Suicida	No	Recuento	309	260	247	816
		Frecuencia esperada	315,4	266,7	233,9	816,0
		% dentro de Ideación Suicida	37,9%	31,9%	30,3%	100,0%
	Sí	Recuento	86	74	46	206
		Frecuencia esperada	79,6	67,3	59,1	206,0
		% dentro de Ideación Suicida	41,7%	35,9%	22,3%	100,0%
Total		Recuento	395	334	293	1022
		Frecuencia esperada	395,0	334,0	293,0	1022,0
		% dentro de Ideación Suicida	38,6%	32,7%	28,7%	100,0%

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	g.l.	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	5,086	2	0,079
Razón de verosimilitudes	5,282	2	0,071
Asociación lineal por lineal	3,461	1	0,063
N de casos válidos	1022		

La tabla No 10 muestra la relación de ideación suicida con el año de estudio en una tabla de contingencia, relacionando las frecuencias esperadas con las frecuencias observadas. Vemos que el valor de p para el Chi-cuadrado es mayor de 0.05, resultando no significativo.

9.2.2 IDEACION SUICIDA – SEXO

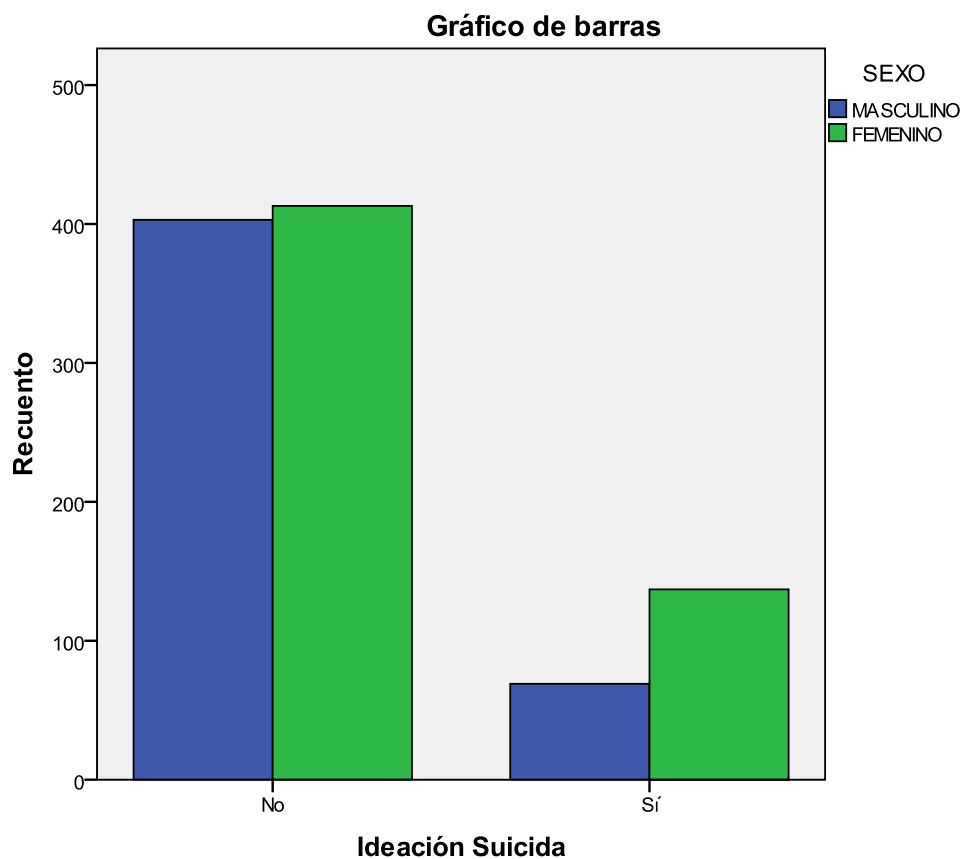
Tabla No 11

IDEACION SUICIDA POR SEXO					
			SEXO		Total
			MASCULINO	FEMENINO	
Ideación Suicida	No	Recuento	403	413	816
		Frecuencia esperada	376,9	439,1	816,0
		% dentro de Ideación Suicida	49,4%	50,6%	100,0%
	Sí	Recuento	69	137	206
		Frecuencia esperada	95,1	110,9	206,0
		% dentro de Ideación Suicida	33,5%	66,5%	100,0%
Total		Recuento	472	550	1022
		Frecuencia esperada	472,0	550,0	1022,0
		% dentro de Ideación Suicida	46,2%	53,8%	100,0%

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	g. l.	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	16,713	1	0,000
Corrección por continuidad	16,080	1	0,000
Razón de verosimilitudes	17,037	1	0,000
Asociación lineal por lineal	16,697	1	0,000
N de casos válidos	1022		

Gráfico No 8



La tabla No 11 y el gráfico No 8 nos dan la relación entre ideación suicida y el sexo. Demostrando que el sexo femenino tiene más asociación con la ideación suicida, siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

9.2.3 IDEACION SUICIDA – TIPO DE COLEGIO

Tabla No 12

IDEACION SUICIDA POR TIPO DE COLEGIO					
			TIPO DE COLEGIO		Total
			PARTICULAR	NACIONAL	
Ideación Suicida	No	Recuento	278	538	816
		Frecuencia esperada	263,5	552,5	816,0
		% dentro de Ideación Suicida	34,1%	65,9%	100,0%
	Sí	Recuento	52	154	206
		Frecuencia esperada	66,5	139,5	206,0
		% dentro de Ideación Suicida	25,2%	74,8%	100,0%
Total		Recuento	330	692	1022
		Frecuencia esperada	330,0	692,0	1022,0
		% dentro de Ideación Suicida	32,3%	67,7%	100,0%

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	g.l.	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	5,860	1	0,015
Corrección por continuidad	5,463	1	0,019
Razón de verosimilitudes	6,059	1	0,014
Asociación lineal por lineal	5,854	1	0,016
N de casos válidos	1022		

La tabla No 12 muestra que ser de colegio nacional tiene mayor relevancia para la frecuencia de ideación suicida que corresponder de colegio particular, siendo la prueba chi-cuadrado estadísticamente significativa, ya que el p es menor de 0.05.

9.2.4 IDEACION SUICIDA – SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

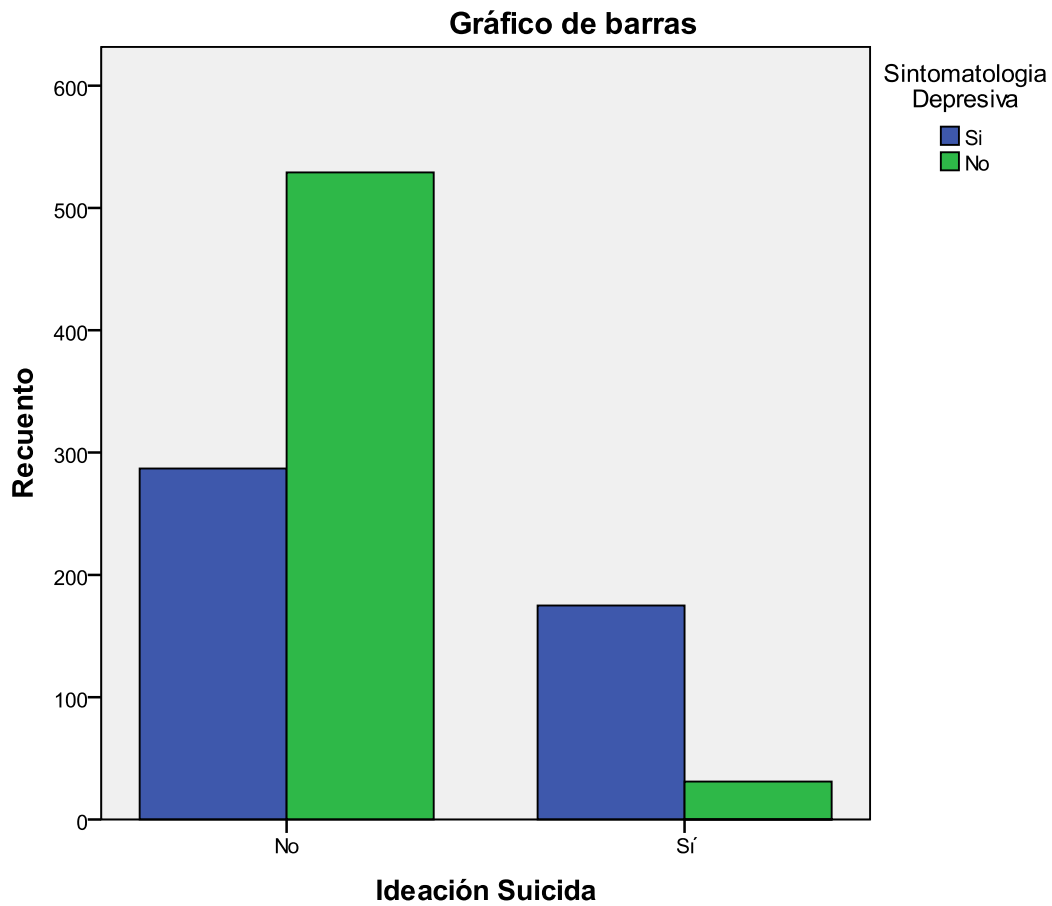
Tabla No 13

IDEACION SUICIDA POR SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA					
			SINTOMATOLOGI A DEPRESIVA		Total
			Si	No	
Ideación Suicida	No	Recuento	287	529	816
		Frecuencia esperada	368,9	447,1	816,0
		% dentro de Ideación Suicida	35,2%	64,8%	100,0%
	Sí	Recuento	175	31	206
		Frecuencia esperada	93,1	112,9	206,0
		% dentro de Ideación Suicida	85,0%	15,0%	100,0%
Total		Recuento	462	560	1022
		Frecuencia esperada	462,0	560,0	1022,0
		% dentro de Ideación Suicida	45,2%	54,8%	100,0%

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	g.l.	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	164,546	1	0,000
Corrección por continuidad	162,542	1	0,000
Razón de verosimilitudes	174,523	1	0,000
Asociación lineal por lineal	164,385	1	0,000
N de casos válidos	1022		

Gráfico No 9



La tabla No 13 y el gráfico No 9 muestran claramente la relación que existe entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida. En aquellas personas que tienen ideación suicida la sintomatología depresiva se expresa con mayor fuerza, cosa que no sucede en las personas que no tienen ideación suicida. Siendo estadísticamente significativo pues el p es menor de 0.05.

9.2.5 IDEACION SUICIDA – DISFUNCION FAMILIAR

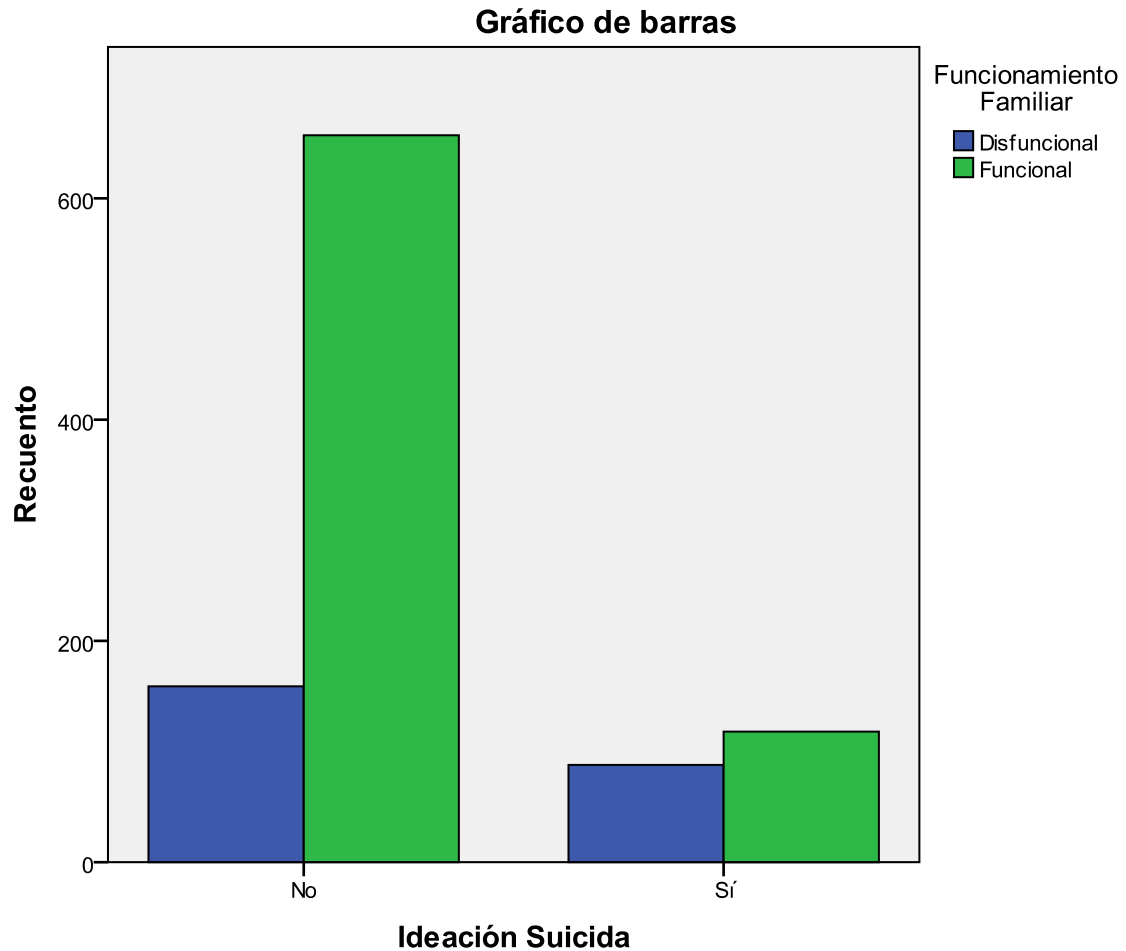
Tabla No 14

IDEACIÓN SUICIDA POR FUNCIONAMIENTO FAMILIAR					
			FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		Total
			Disfuncional	Funcional	
Ideación Suicida	No	Recuento	159	657	816
		Frecuencia esperada	197,2	618,8	816,0
		% dentro de Ideación Suicida	19,5%	80,5%	100,0%
	Sí	Recuento	88	118	206
		Frecuencia esperada	49,8	156,2	206,0
		% dentro de Ideación Suicida	42,7%	57,3%	100,0%
Total		Recuento	247	775	1022
		Frecuencia esperada	247,0	775,0	1022,0
		% dentro de Ideación Suicida	24,2%	75,8%	100,0%

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	g.l.	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	48,442	1	0,000
Corrección por continuidad	47,183	1	0,000
Razón de verosimilitudes	44,289	1	0,000
Asociación lineal por lineal	48,395	1	0,000
N de casos válidos	1022		

Gráfico No 10



La tabla No 14 y el gráfico No 10 muestran la relación que existe entre aquellas personas que no tienen ideación suicida y la funcionalidad familiar, siendo primordialmente y por un amplio margen personas que tienen una familia funcional. Mientras que en las personas con ideación suicida este margen se acorta, mostrándose casi a la par, personas con familias funcionales como disfuncionales. Lo que nos hace deducir que la disfuncionalidad familiar está relacionada con la ideación suicida. Siendo el p para el chi-cuadrado menor de 0.05.

9.2.6 IDEACION SUICIDA – RASGOS DISOCIALES

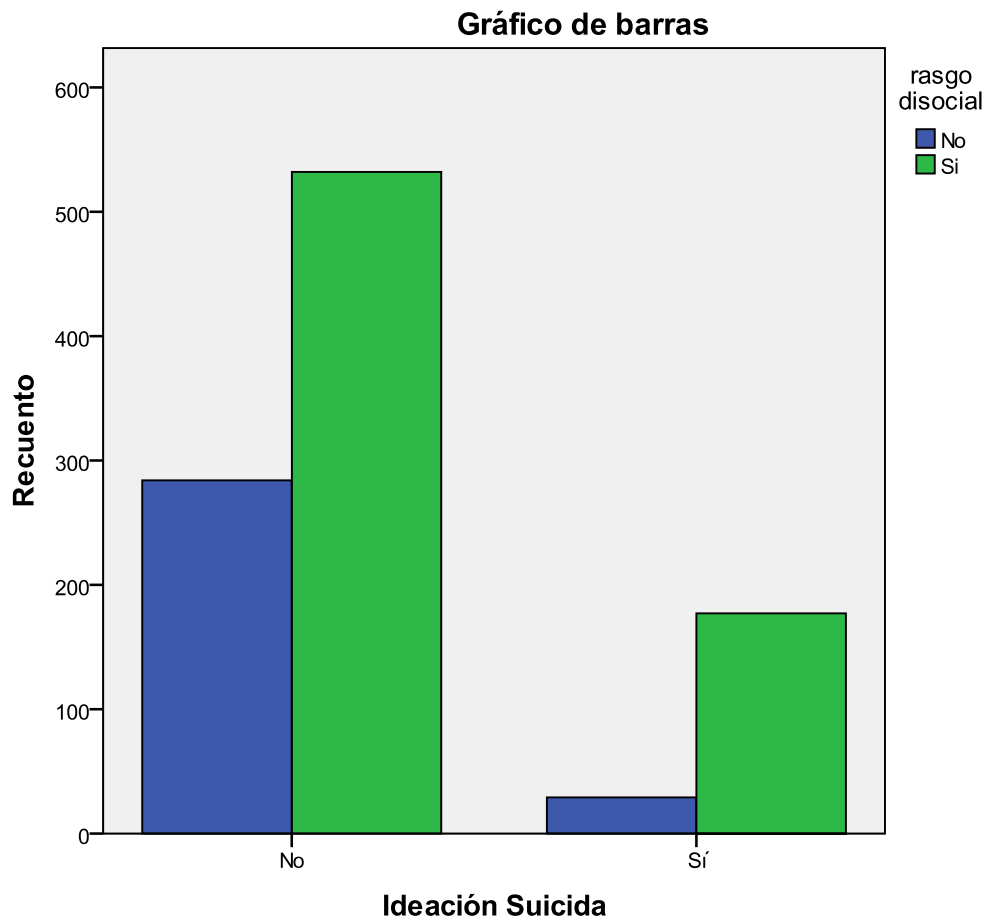
Tabla No 15

IDEACION SUICIDA POR RASGO DISOCIAL					
			RASGO DISOCIAL		Total
			No	Si	
Ideación Suicida	No	Recuento	284	532	816
		Frecuencia esperada	249,9	566,1	816,0
		% dentro de Ideación Suicida	34,8%	65,2%	100,0%
	Sí	Recuento	29	177	206
		Frecuencia esperada	63,1	142,9	206,0
		% dentro de Ideación Suicida	14,1%	85,9%	100,0%
Total		Recuento	313	709	1022
		Frecuencia esperada	313,0	709,0	1022,0
		% dentro de Ideación Suicida	30,6%	69,4%	100,0%

Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	g.l.	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	33,255	1	0,000
Corrección por continuidad	32,287	1	0,000
Razón de verosimilitudes	37,199	1	0,000
Asociación lineal por lineal	33,223	1	0,000
N de casos válidos	1022		

Graáfica No 11



La tabla No 15 muestra la contingencia entre ideación suicida y rasgos disociales, mostrándose que en las personas con ideación suicida el porcentaje observado de personas que tienen rasgos disociales es más alto que aquellos que no tienen ideación suicida. Lo que demuestra cierta asociación de los rasgos disociales y la ideación suicida, siendo el p para el chi-cuadrado menor de 0.05.

9.3 ANALISIS MULTIVARIADO

9.3.1 REGRESION LOGISTICA

Tabla No 16

	g. l.	Significancia Chi-2	OR	I.C. 95% para OR	
				Inferior	Superior
SEXO(1)	1	0,010	,610	,420	0,887
AÑO	2	0,017			
AÑO(1)	1	0,024	1,673	1,070	2,618
AÑO(2)	1	0,006	1,927	1,210	3,069
TIPOCOLEGIO(1)	1	0,000	0,444	0,300	0,657
Depresión (1)	1	0,000	0,121	0,079	0,186
Funcionamiento (1)	1	0,000	1,937	1,339	2,802
Rasgo disocial (1)	1	0,000	0,384	0,240	0,615
Constante	1	0,011	0,580		

La tabla No 16 muestra la relación que existe entre la variable dependiente (ideación suicida) y las variables independientes (sexo, año de estudio, tipo de colegio, sintomatología depresiva, funcionamiento familiar y rasgos disociales) mostrándose para cada una el OR correspondiente con su intervalo de confianza y su nivel de significación. Para el sexo, teniendo como referente al sexo femenino, se muestra que el ser de sexo masculino ofrece un factor de protección ya que el OR es de 0.610 y el intervalo de confianza no toma la unidad y el valor de p es menor de 0.05. En el tipo de colegio, el ser de colegio particular ofrece un factor protector con un OR de 0.444, cuyo intervalo de confianza no toma la unidad y su nivel de significancia es menor de 0.05. En la sintomatología depresiva, el no poseer sintomatología depresiva ofrece un factor de protección con un OR de 0.121 con un intervalo de confianza que no toma la unidad y un nivel de significancia de p es menor de 0.05. En cuanto al funcionamiento familiar, vemos que el tener una familia disfuncional es un factor de riesgo, con un OR de 1.937, lo que significa que las personas con una familia disfuncional tienen casi el doble de posibilidades de tener ideación suicida que aquellas personas que tienen una familia funcional; el valor del intervalo de confianza del OR para esta variable no toma la unidad y su nivel de

significancia de p es menor de 0.05. Para los rasgos disociales vemos que el no tener presente esta variable ofrece un factor protector ya que el OR es de 0.384 cuyo intervalo de confianza no toma la unidad y nivel de significancia para p es menor de 0.05.

X. DISCUSIÓN

La prevalencia de ideación suicida hallada en nuestro estudio (20.1%) es menor a la encontrada en la población de 12-17 años en los Estudios Epidemiológicos de Lima – Metropolitana y de la sierra peruana. Trabajos previos nacionales y extranjeros que evaluaron ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes usando otros instrumentos autoadministrados han encontrado prevalencias variables que fluctúan entre 14 – 55 %.

La prevalencia de vida de ideación suicida fue mayor en mujeres que en varones, una de cada cuatro mujeres y uno de cada seis varones ha presentado ideación suicida en algún momento de su vida, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

El diagnóstico clínico más frecuentemente asociados a intentos de suicidio o suicidios consumados en trabajos anteriores es el Trastorno Depresivo Mayor (39.4%). En el presente estudio la presencia de depresión (distimia – depresión mayor) fue el factor de riesgo que más fuertemente se relacionó con ideación suicida.

El hecho de pertenecer a una familia disfuncional aumenta en casi 2 veces el riesgo de tener ideación suicida; lo cual también ha sido reconocido con trabajos previos y se ve de manera indirecta en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima – Metropolitana, en donde resalta los problemas con los padres y parientes (55,9 % y 59,1% respectivamente) como causa principal de ideación e intento suicida.

El pertenecer a un colegio particular ofrece un factor protector con respecto a los adolescentes que pertenecen a colegios nacionales.

La prevalencia de rasgos disociales en los adolescentes encuestados (69.4%) es mucho mayor que las tendencias psicopáticas (conductas como la mentira frecuente, violencia o robo) halladas en otros estudios, lo cual puede estar influido por los diferentes procedimientos de recolección de datos (entrevista personal en el estudio citado y auto administrado en nuestro trabajo). La presencia de tres o más de las conductas colocadas en la encuesta califica el comportamiento habitual de una persona como sospechosa de disocial; sin embargo, la exactitud para un diagnóstico de conducta disocial habrá que precisarla por métodos clínicos más específicos.

Se encontró que no poseer rasgos disociales es un factor de protección para la ideación suicida, esto no ha sido ampliamente investigado a nivel nacional, sin embargo el Dr. Freddy Vásquez Gómez (Jefe del Programa de Prevención del Suicidio del INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi) reportó que de 208 suicidios en la población general en todo el país (período enero-agosto 2006), el 12% presentaron problemas de personalidad, predominantemente disocial.

También es importante resaltar que en los porcentajes de los alumnos de 3ero, 4to y 5to de secundaria se encontró una disminución progresiva, lo que podría indicar una deserción escolar a medida que los alumnos avanzan en la secundaria, lo que tendría que corroborarse con estudios posteriores.

Finalmente, podemos plantear que los datos recabados nos muestran que la relación entre depresión e ideación suicida es fuerte en este grupo etario de 12 a 17 años, con lo que los colegios deben preocuparse en dar ayuda psicológica a todos los alumnos de los colegios para poder prevenir posibles intentos suicidas que se podrían llegar a dar en éstos adolescentes.

XI. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La sintomatología depresiva, la disfunción familiar, la conducta disocial son factores asociados a ideación suicida en escolares de secundaria de 12 a 17 años de Lima

Metropolitana. Entre ellos, el principal factor asociado a ideación suicida en este grupo poblacional fue la depresión leve o moderada o distimia; la disfunción familiar se ha visto como un factor muy relacionado con este fenómeno, correlacionándose con los estudios anteriores. La prevalencia de ideación suicida en escolares de 12 a 17 años fue de 20.1 % con una ligera prevalencia del sexo femenino sobre el masculino.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio se correlacionan con los estudios anteriores realizados en Lima, pero demandan mayores investigaciones en este campo, debido a la dificultad para abordar eficientemente los factores asociados al fenómeno de ideación suicida por la complejidad intrínseca del fenómeno. No obstante, el desarrollo de políticas educativas que integren el componente de salud mental en la población escolar, en cuanto a la promoción, prevención y tratamiento de este trastorno, permitirá mejorar la calidad de la educación básica en el Perú.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas, Washington, D.C.: OPS; 1998, vol. I: 80.
2. OMS. Prevención para el suicidio recurso para consejeros. Washington, D.C.2006.
3. Gómez Ch., Alejandro. Suicidio en la práctica psiquiátrica. Universidad de Chile. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. 2003. pp 3
4. S Yunes J, Zubrew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: Un desafío para la región de las Américas. Rev bras epidemiol. 1999; 2(3): 102-70.
5. Maddaleno M. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Públ Méx. 2003; 45 Supl 1: 5132-9.
6. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 1994, Vol. 2.
7. González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Públ Méx. 1998; 40(5): 430-7.
8. Híjar M, Rascón R, Blanco J, López V. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Ment. 1996; 19(4): 14-21.
9. Canino IA. Suicidio en la adolescencia. En: II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Murcia. 1999.
10. Diekstra RF, Kienhorst CWM, Wilde EJ. Suicide and suicidal behaviour among adolescents. En: Rutter M, Smith DJ, editores. Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes. Chichester: John Wiley and Sons; 1995. p.686-753.
11. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008; 42: 386-405.
12. Pfeffer CR, Lipkins R, Plutchik R, Mizruchi M. Normal children at risk for suicidal behavior: A two-year follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988; 27: 34-41.

13. Walsh BW, Rosen PM. Self-mutilation: Theory, research and treatment. New York: Guilford Press; 1988.
14. Gardner DL, Cowdry RW. Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1985; 8: 389-403.
15. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in Oxford, 1985–1995. *J Adolesc.* 2000; 23: 47–55.
16. Favazza AR. Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. 2^a ed. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press; 1996.
17. Rosen PM, Walsh BW. Patterns of contagion in self mutilation epidemics. *Am J Psychiatry.* 1989; 146: 656–8.
18. Tantam D, Whittaker J. Self-wounding and personality disorder. En: Tyrer P, Stein G, editores. *Personality disorder reviewed.* Londres: American Psychiatric Press; 1993. p.191–224.
19. Alderman T. The scarred soul: Understanding and ending selfinflicted violence. Oakland CA: New Harbinger; 1997.
20. Strong M. A bright red scream: Self-mutilation and the language of pain. New York: Viking; 1998.
21. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry.* 1998; 68: 609–20.
22. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Ann.* 1992; 22: 60–3.
23. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry.* 2005; 72: 128-40.
24. Kwon SL, Oei TPS. Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognit Ther Res.* 1992; 16: 309-28.
25. Yang B, Clum GA. Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clin Psychol Rev.* 1996; 16(3): 177-95.
26. Larraguibel QM. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev chil pediatr.* 2000; 71(3): 183-91
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema de Recuperación de datos Censos Nacionales X de población y V de vivienda 2005. [Documento en Internet].

Lima: INEI. [Citado: mayo 2007]. Disponible
<http://iinei.inei.gob.pe/iinei/RedatamCpv2005.asp?ori=C>

28. Anticona C, Uscala L ,Fuentes S, Aguirre E. Epidemiología del intento de suicidio :servicio de emergencia del hospital “victor larco herrera“. Archivos peruanos de psiquiatría y salud mental 1999; 3(1) :11-22
29. Vásquez, Freddy: «Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM. Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». En: Anales de Salud Mental (1998) XIV: 65-76.
30. Mosquera del Águila, Augusto. Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por el intento de suicidio en el hospital “Hermilio Valdizán“ durante febrero 2000 y enero 2001.UNMSM-SISBIB 2007.
31. Alberto Perales, Cecilia Sogi. Ricardo Morales . Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas .anales de la facultad de medicina 2005; 64(4): 239-246.
32. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Lima: IESM HD-HN; 2003.
33. Jerson Muñoz M, Verónica Pinto M, Héctor Callata C, Nilton Napa D, Alberto Perales C. Ideación suicida y cohesión Familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, lima 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2006; 23(4)

ANEXOS

HOJA INFORMATIVA

El estudio que a continuación les presento lleva como nombre: “Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Adolescentes Escolares de 3er, 4to, y 5to año de secundaria de Instituciones Educativas de Lima Metropolitana en el 2010”.

La siguiente encuesta a realizar consta de 4 páginas, cada una de ellas conteniendo preguntas con respuestas cerradas que deben ser marcadas con una aspa (x) o una cruz (+) por el alumno. Deberá leer detenidamente y escoger la alternativa que mejor se adecue a su caso. La encuesta es totalmente anónima, por lo cual le pedimos que trate de ser lo más honesto y serio posible a la hora de contestar las preguntas. Hay una sola respuesta por pregunta. Además no existen respuestas buenas o malas. La participación en el llenado de la encuesta es totalmente voluntaria. Aquellos alumnos que no deseen participar pueden dejar las hojas de respuestas en blanco. Los resultados obtenidos en el llenado de la encuesta serán solamente utilizados para los propósitos de la investigación antes mencionada y no se utilizarán para otros propósitos.

ENCUESTA

Edad: _____

Sexo : _____

Año de Estudio: _____

I. A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una “X” su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa, cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

II. En las siguientes preguntas, por favor responda honestamente como te has sentido en las últimas dos semanas.

	Siempre	A veces	Nunca
1. Las cosas me gustan, me interesan como antes.			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar sin razón aparente			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar. Salir corriendo			
6. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.			
7. Tengo ganas para hacer las cosas.			
8. Disfruto la comida.			
9. Puedo defenderme por mi mismo.			
10. Pienso que no vale la pena vivir.			
11. Soy bueno para las cosas que hago.			
12. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.			
13. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
14. Me he vuelto olvidadizo y/o distraído.			
15. Tengo sueños horribles.			
16. Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.			
17. Me siento muy solo.			
18. Puedo alegrarme fácilmente.			
19. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.			
20. Me siento muy aburrido.			
21. Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.			

III. Marca con un aspa (x) la alternativa que creas conveniente.

	SI	NO
1. ¿Tienes deseos de morir?		
2. ¿Tienes razones para querer morir?		
3. ¿Sientes que tu vida ha perdido sentido?		
4. ¿Te sientes útil en esta vida?		
5. ¿Crees que la muerte trae alivio a los sufrimientos?		
6. ¿Has tenido pensamientos de terminar con tu vida?		
7. ¿Has tenido deseos de acabar con tu vida?		
8. ¿Tienes pensamientos suicidas con frecuencia?		
9. ¿Logras resistir a esos pensamientos?		
10. ¿Has pensado en algún método específico?		
11. ¿El método es accesible a ti?		
12. ¿Has comentado con alguien sobre algún método de suicidio?		
13. ¿Has realizado algún intento de suicidio?		
14. ¿Pensarías en llevar a cabo algún intento de suicidio?		
15. ¿Tienes posibilidades para ser feliz en el futuro?		
16. ¿Sientes que tienes control sobre tu vida?		
17. ¿Pierdes las esperanzas cuando te pasa algo?		
18. ¿Piensas que su familia rara vez te toma en cuenta?		

IV. Marca con un aspa (x) la alternativa que creas conveniente.

	SI	NO
1. ¿Has usado un arma que pudiera herir a alguien: como un cuchillo, una pistola, un palo u otro objeto?		
2. ¿Has herido a una persona intencionalmente?		
3. ¿Has herido a un animal intencionalmente?		
4. Claro que nadie dice siempre la verdad, pero ¿Cuándo eras más pequeño decías muchas mentiras?		
5. ¿Te parece que mientes mucho actualmente?		
6. ¿Has pensado que harás al terminar el colegio?		
7. ¿Has estado en más de una pelea que haya acabado a golpes?		
8. ¿Alguna vez has usado un arma, como una piedra, un palo, un cuchillo en alguna una pelea?		
9. ¿Alguna vez te tiraste la pera, por lo menos dos veces en un año?		
10. ¿Alguna vez te has visto en problemas por no pagar una deuda (dinero)?		
11. ¿Alguna vez has ganado dinero ilegalmente comprando o vendiendo cosas robadas o drogas?		
12. ¿Has destruido intencionalmente cosas de otras personas?		

Gracias por tu colaboración